



**INTERCAMBIO ESCOLAR**  
**ISSY LES MOULINEAUX - POZUELO DE ALARCÓN**  
(cuestionario confidencial, a devolver al Centro Educativo con dos fotos recientes del alumno pegadas)

Centro Escolar:		Curso:		Clase:	
Profesor/a responsable del intercambio en el Centro Educativo:					
<b>DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A</b>					
Apellidos:			Nombre:		
Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>			Lugar de nacimiento:		
Fecha de nacimiento:			Nacionalidad:		
Dirección:					
Teléfono habitual:			Teléfono de urgencia:		
Motivos por los que solicita el intercambio:					
Aficiones:			E-mail:		
<b>DATOS FAMILIARES</b>					
Nombre y apellidos del padre:					
Lugar de nacimiento:			Nacionalidad:		Profesión:
Su lengua materna es el español: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Habla correctamente el español: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Nombre y apellidos de la madre:					
Lugar de nacimiento:			Nacionalidad:		Profesión:
Su lengua materna es el español: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Habla correctamente el español: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Habla habitualmente el español en casa: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Otras hijas Nº		Edades:		Otros hijos Nº	
Edades:					
Rasgos de la personalidad del solicitante:					
Datos sanitarios (problemas de salud, alergias, medicamentos habituales...):					
Animales que conviven con la familia:					
<b>DOMICILIO</b>					
Casa individual: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Piso: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Habitación individual: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Habitación compartida (máximo 2 personas): Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Aceptaría el intercambio con personas de otro sexo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Léase las condiciones de participación que aparecen al dorso del documento y marque esta casilla si está de acuerdo en todos los puntos. <input type="checkbox"/>					

Al dorso de este documento figuran instrucciones para su cumplimentación y las condiciones de participación

Autorizo al profesor/a responsable para que adopte las medidas oportunas, en caso de emergencia, para la hospitalización o regreso a España de mi hijo/a.

Firma del padre o tutor